Ikeda,
Lane Medical Library

Ueber

die Behandlung der Deviationen des Uterus, insbesondere der Retroflexionen.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

VORGELEGT DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN

UND ÖFFENTLICH ZU VERTHEIDIGEN

am 6. August 1875

von

Kensai Ikeda

aus Japan.

OPPONENTEN:

Christian Johansen, Dr. med.
Johannes Grasnick, Cand. med.
Otto Krause, Cand. med.

BERLIN

BUCHDRUCKEREI VON GUSTAV LANGE (PAUL LANGE)
Friedrich-Strasse 103.

Seinen

lieben Eltern

aus Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Es ist ein allgemeines Axiom, dass streng logisch deducirte Schlüsse, die nicht etwa ohne Rücksicht auf gewisse vorhandene und zugehörige Praemissen aufgebaut sind, — kurz die ihnen allen Rechnung tragen, auch absolute Richtigkeit und Geltung haben.

Dies allein giebt mir den Muth, das gewählte Thema zu besprechen, während es scheinen könnte, dass nur derjenige, dem eine sehr reiche Erfahrung zu Gebote steht, eine Berechtigung habe, in dieser Frage mitzusprechen.

Erfahrungen — eigene — habe ich, wie sehr erklärlich, nur wenige, dafür aber stehen solche Anderer hierin reichlich zu Gebote und lassen, wie wir sehen werden, sehr wohl eine Verwerthung durch Dritte zu.

Geschichtliches.[1])

Kaum waren die Flexionen in ihrer Existenz erkannt (Saxtorph, Frank 1770) besonders von Schweig-

[1]) Was die frühesten Kenntnisse über das von uns behandelte Leiden anlangt, siehe: Dr. Protherae Smith, Lectures of flexions, torsions and displacements of the uterus. Dislocationen der Gebärmutter und der Mutterscheide (Schieflagen, Umbeugungen der Gebärmutter) von Dr. Ludwig Meissner I—II. Leipzig 1821—1822, sowie die meisten der nachfolgend citirten Schriften, Abhandlungen und Aufsätze.

häuser 1817, so begannen Viele die medicinische Behandlung für unzulänglich zu betrachten und sich nach mechanischen Mitteln umzusehen, indess Andere sie theils für zu gefährlich, theils für nutzlos oder überflüssig hielten.

Es entbrannte der Streit: Mechansich behandeln oder nicht?, der bis heute noch nicht ausgetragen ist.

Schon 1808 versuchte Osiander mit einer Art Sonde den Uterus aufzurichten; 1827 versuchte Amussat ein Intrauterinpessarium, verlor aber bald eine Patientin an Peritonitis und hörte mit seinen Versuchen auf.

Simpson[2]) und Kiwisch[3]), namentlich ersterer, gaben 1848 vollkommenere Instrumente an.

Die Kiwisch'schen hatten ihren Stützpunkt nach aussen.

Valleix[4]) verwandte eine Modifikation der Simpson'schen Instrumente, das er Redresseur intrautérin nannte und berichtete Wunderdinge; die Akademie in Paris setzte eine Commission zur Prüfung seiner Resultate ein, die sie geradezu für unglücklich erklärte.

Die Commission resolvirte, dass die orthopaedische intrauterine Behandlung aus der Praxis zu verbannen sei.

Fast schien es, als sollte in Deutschland ebenso die mechanische Behandlung, verpönt werden; da erschien

---

[2]) Selected obst. Works I, p. 681.

[3]) Beiträge II, Würzburg 1848 und klinische Vorträge I. Abtheilung 1851.

[4]) Leçons cliniques sur les déviations utérines.

das bahnbrechende Werk Martin's,[5]) das nicht nur durch die berichteten Erfolge, sondern auch fast noch mehr durch seine durchsichtig klare Darlegung der speciellen Verhältnisse bei Flexionen, sowie durch scharfe Stellung der Indikationen den Eifer derer wieder anfachte, die noch immer an die Möglichkeit und den Erfolg mechanischer Behandlung glaubten.

Rasch vermehrten sich die Freunde der orthopädischen Behandlung und heute zählen zu ihnen: B. S. Schultze, Braun, Veit, Hildebrandt, Schroeder, Beigel, Sims, Hodge, Hewitt, Priestley und Andere. Dennoch fehlt es ihnen nicht an Gegnern.

In der Section für Gynäkologie und Geburtshülfe bei der Naturforscherversammlung in Wien (1856) erklärte man sich gegen mechanische Behandlung. In Dresden (1868) und Leipzig (1872) liess man die mechanische Behandlung unter gewissen Bedingungen gelten.

Ich lasse noch die Aussprüche zweier Gegner folgen.

Scanzoni[6]) gesteht offen, dass er nie eine Gebärmutterknickung geheilt habe — ein höchst schwerwiegendes Urtheil dieses Gegners der mechanischen Behandlung für dieselbe. Wenn ihre Ungefährlichkeit zu erweisen ist, wäre sie dann mindestens zu versuchen.

---

[5]) Die Neigungen und Beugungen der Gebärmutter nach vorn und hinten von Eduard Martin, neueste Auflage. Berlin, Hirschwald 1870.

[6]) Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. Wien, Braumüller, 1864. 4. Aufl.

Spiegelberg[7]) sagt: »Für mich ist es keine Frage mehr, dass in der grossen Mehrzahl der Deviationen im engeren Sinne eine besondere gegen sie gerichtete Behandlung von nur untergeordneter Bedeutung ist und dass da, wo sie indicirt, wir auf die extrauterine beschränkt sind, dass die intrauterine Stützung eines der gefährlichsten und darum ein zu verwerfendes Verfahren ist.«

Er will entzündliche Schwellung der Gebärmutter, Blutung, Leukorrhoe, selbst Peri- und Parametritis als Folgen gesehen haben.

Der Merkwürdigkeit halber verdient noch angegeben zu werden, dass Köberle eine Retroflexion durch Eröffnung der Bauchhöhle und Anheftung der Ligamenta lata an die vordere Bauchwand geheilt hat.

Es wird dies wohl schwerlich je wiederholt werden. Leider weiss ich nicht, wo er den Fall berichtet, und kann mir desshalb gar nicht ein Bild davon machen, welche zwingende Gründe ein so gewagtes Unternehmen rechtfertigen könnten.

Soll man mechanisch behandeln oder nicht?

In der kurzen Darstellung, die wir von der Geschichte der Behandlungsweise unserer Affektionen gegeben, haben wir zur Genüge gesehen, dass diese Frage trotz der Anstrengungen, die zu ihrer Lösung gemacht worden sind, noch immer nicht definitiv entschieden

[7]) Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 24.

ist, und desshalb wollen wir versuchen, unsere bescheidene Meinung in die schwankende Schale zu werfen.

Eingangs unserer Arbeit haben wir uns bereits dahin ausgesprochen, dass auch auf einem so eminent empiristischen Gebiete, wie leider trotz aller Fortschritte das der heutigen Medicin noch immer ist, das theoretische Raissonnement doch eine gewisse Berechtigung hat.

So glauben wir, dass sich auch für die uns interessirenden Leiden schon a priori entwickeln lässt, welche Behandlungsmethode die günstigsten Erfolge haben müsse.

Zunächst haben wir von den physiologischen Verhältnissen auszugehen, um zu einem gründlichen Verständniss der pathologischen zu kommen.

Hierin sind bislang die Vorstellungen noch unrichtig gewesen. —

Man hat bis in die letzten Jahre die Stellung des Uterus so angegeben, als läge derselbe gerade in der Richtung eines Kreissegments, dessen Anfang die Vagina, dessen Centrum die Symphysis ossium pubis und dessen Halbmesser die halbe Conjugata diagonalis ist.

Dies ist indess nicht richtig. Die Untersuchungen Sims',[8]) die Schnitte Braun's haben gezeigt, dass die Anteversio die normale Lage des Uterus ist, dass er eine ziemlich ausgedehnte Beweglichkeit besitzt, die jedoch höchstens bei excessiver Füllung der Blase in Retroversio übergeht.

---

[8]) Dr. J. Marion Sims, Klinik der Gebärmutterchirurgie. Deutsch von Dr. H. Beigel. Erlangen 1870.

Dass eine ganz geringfügige Beugung des Uterus über seine vordere Fläche existirt, ist längst bekannt, ebenso, dass zu beiden Seiten an der Verbindungsstelle des Körpers mit der Portio vaginalis Ligamente existiren, die an den Blasenseiten nach vorn, an den Mastdarmseiten nach hinten ziehen und bis an Symphyse und Os sacrum heranreichen, doch sind die letzteren Verhältnisse ausser bei Martin l. c. fast nirgends genügend gewürdigt. Und doch sind sie höchst wesentlich, wie wir bald sehen werden.

Die normale Anteversio ist gewürdigt von B. S. Schultze,[9]) namentlich macht er klar, dass der intraabdominelle Druck wesentlich zur Erhaltung dieser Position beiträgt, da die Ligamente kaum straff genug sind, um in der Rückenlage den Uterus noch antiversirt zu halten, wenigstens sehr häufig nach einigen Geburten nicht mehr.

Man sieht ja evident, wie in der Leiche nach Eröffnung der Bauchhöhle der Uterus sich gewöhnlich retrovertirt zeigt.

Dagegen begeht Schultze den Fehler, die Anteflexio für normal anzusehen, und nicht blos die Anteversio.

Warum fühlt man denn nur in pathologischen Fällen den Fundus durch den vorderen cul de sac und nicht immer; warum machen gerade nur diese Fälle dysmenorrhoische Erscheinungen?

---

[9]) Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 50. Die Darstellung der Anteversio scheint uns allerdings in der Zeichnung übertrieben.

Mit Recht spricht sich Schroeder[10]) dagegen aus. Allerdings bleibt es wahr, dass hochgradige reine Anteflexionen seltener sind und noch seltener erhebliche Erscheinungen hervorrufen.

Haben wir so eine Einsicht in die normalen Verhältnisse gewonnen, so müssen wir noch die Ursachen der Flexionen betrachten, um zu klaren Schlüssen gelangen zu können.

Martin l. c. hat diese am klarsten auseinandergesetzt. Er hat evident gezeigt, dass

1) die häufigste Ursache der Flexionen in der Erschlaffung des Uterusgewebes zu suchen;

dann giebt es 2) angeborene Formen;

3) solche, die durch Verkürzung der Ligamente während des Lebens entstanden sind, und zwar Anteflexionen durch Verkürzug der Ligg. vesico-uterina;

4) Formen, die durch übermässige Schwere des Fundus uteri entstanden sind (in Folge von Fibroiden);

5) Flexionen durch Druck von Nachbartheilen;

6) solche, die durch Verwachsungen des Uterus während der Dauer von Entzündungsprocessen in seiner Umgebung entstanden sind.

Nun ist es weiter klar, dass jede Flexion, wenn sie einmal entstanden ist, ebenso die Retroversio durch den intraabdominellen Druck continuirlich verstärkt

---

10) Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. Leipzig 1874. 10. Bd. Das Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Herausgegeben von Dr. H. v. Ziemssen, S. 153.

werden muss, wenn nicht ganz besondere Verhältnisse vorliegen, die eine zufällige Reposition bewirken.

Die genannten Ursachen sind aber derart, dass bis auf übermässige Schlaffheit des Uteringewebes spontane Repositionen selten möglich sind, indess kann eine Anteflexio, die durch Druck eines im Douglas'schen Raume befindlichen Ovarialtumors entstand, nach dem Emporsteigen des letzteren in den Bauchraum sich reponiren, ja später wird oft der Uterus bis zur Unerreichbarkeit der Portio emporgezogen.

Wie Flexionen, die durch Schlaffheit des Uterus entstanden sind, durch Lageveränderung des Körpers der Patientin reponirt werden können, werden wir an einem späteren Beispiele, das mir Herr Dr. Hartwig in Niemegk aus seiner Praxis mitgetheilt hat, sehen.

Zugegeben nun, es existirten auch normaler Weise Anteflexionen, wie Schultze will, der so gut wie allein mit dieser Ansicht dasteht, wie gross ist denn die Dignität der Flexionen überhaupt, die wir daran erkennen, dass ein Tumor in dem vorderen respective hinteren cul de sac fühlbar ist, der sich mit der Sonde als Fundus uteri erkennen lässt? Das ist ja ein Punctum cardinale.

Man hat viel darüber gestritten und vielfach die Flexionen als secundäre bedeutungslose Veränderungen bezeichnet und warum?

Man fand und findet zuweilen bei Untersuchung des weiblichen Genitalkanals Flexion ohne die mindesten

Localerscheinungen und darum hat man gleich alle Flexionen als bedeutungslos in den Hintergrund zu schieben gesucht.

Es ist hier eben ein Trugschluss gemacht worden, wenn man sich sagte: Flexionen sind Flexionen und wenn die eine keine Erscheinungen macht, so kann es auch die andere nicht, und so alles auf die chronische Endometritis und Metritis schob.

Man hatte eben übersehen, dass Flexionen sehr verschiedene Grade haben können, dass sie spitz- und stumpfwinklig, dass sie alt und frisch, angeboren und erworben sein, dass sie einen Uterus mit weiter und enger Höhle, dass sie ein Kind und eine menstruirende Frau betreffen können.

In neuester Zeit ist man erst klarer zu dieser Erkenntniss gekommen. Besonders energisch betont diese Verhältnisse Graily Hewitt[11]).

Aus den eben citirten Ursachen haben wir gesehen, dass die Flexionen auf verschiedene Art entstehen können. Sind sie aber einmal da, dann werden sie selbst Ursache folgenschwerer uterinärer Zustände.

Es ist 1) klar, dass ein weicher Canal, wenn er geknickt wird und nicht sehr weit ist, durch die Knickung verschlossen werden muss; an jedem Kautschukrohr kann man sich sofort davon überzeugen.

2) Dass die Wände desselben aufeinander einen con-

---

11) Diagnose, Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten Deutsch von Beigel. Erlangen 1873.

tinuirlichen Druck ausüben müssen, dass also beim Uterus der Ausfluss des Menstrualblutes behindert und der Eintritt der Spermatozoen erschwert werden muss.

Weiter 3) dass bei Uterusknickungen der Fundus auf die Blase, selbst auf die Urethra drücken kann, oder bei Retroflexionen den Mastdarm oder die grossen Gefässe und Nerven des Beckens drückt oder wenigstens drücken kann.

Und endlich 4) dass seine Bänder und Nerven gezerrt werden müssen.

Aus diesen Verhältnissen folgt also, dass eine Flexion, wenn sie hochgradig ist, Symptome hervorbringen muss, und als solche zeigen sich dann:

1) Menstrualkoliken, da der Uterus sich wie bei Geburten um das eingeschlossene Blut contrahirt, um es auszustossen, was ihm nur unter Schmerzen gelingt.

Zuweilen 2) Blasenbeschwerden, öfterer Drang oder, wenn die Urethra an den Blasenhals gedrückt wird, erschwertes Uriniren.

3) Erschwerte schmerzhafte Defaecation und Obstipation wegen der Compression des Mastdarmes.

4) Selbst Oedema der Beine und Varicen, und neuralgische Schmerzen in denselben wegen Compression der Beckennerven und Gefässe.

5) Schwere im Becken, Schmerzen im Kreuz und Leib selbst ausser der Zeit der Menses wegen der steten Zerrung der Nerven in den Anhängen des Uterus

und an der Stelle des Knicks oder wegen Zurückhaltung von uterinem Secret.

Ich habe bemerkt, dass Retroflexionen meist Schmerzen im Kreuz, Anteflexionen im Leib veranlassen, kann aber keine ganz bündige Erklärung hierfür geben, da beide zugleich zu erwarten wären.

6) Anschwellung und Anschuppung, selbst chronische Entzündung der Mucosa und des Parenchyms des Uterus wegen der Stauung in seinen eigenen Gefässen und der immer erneuerten Reizungen. Allerdings ist öfter der Uterus schon vor Entwickelung der Flexion in chronischer Entzündung und die Flexion die Folge der hierdurch gesetzten Erschlaffung des Parenchyms, dann verschlimmert sie den Zustand noch mehr.

7) Sterilität, weil die Spermatozoen nicht über den Knick kommen können. Ist aber der Knick gering, das Lumen weit, dann kann Sterilität fehlen, aber in dem 3. bis 4. Monat können sich die Symptome der Incarceration des retroflectirten Uterus zeigen. Wir sehen also, die Folgen sind häufig äusserst bedeutungsvoll, und wir haben meistens gute Ursache, die Knickung als solche zum Gegenstand der Behandlung zu machen.

Kann diese nun medicamentös sein? Cessante causa cessat effectus. Werden wir durch Medicamente eine Knickungsursache beseitigen können, dann werden wir sie verwenden, und in der That nutzen sie zuweilen wesentlich zunächst zur Beseitigung der Schlaffheit des Uterus. So z. B. werden wir bei Chlorose mit Eisen,

bei schlechter Rückbildung im Wochenbett mit den Tonicis überhaupt, mit Secale curiren, bei verzärtelten Organismen mit See- und kalten Sitzbädern, Ausspritzungen, eine grössere Straffheit des Uterusgewebes herbeiführen, bei vorangegangenem Fluor, Erosionen durch Touchiren weiter kommen, bei Verkürzung der Ligamente vielleicht nach Martin mit Jod innerlich und in Clysmen, mit Pottasche-Sitzbädern eine Auflockerung der Verkürzungen und Adhäsionen erreichen, aber keinen krummen Uterus durch solche Mittel direkt gerade richten, was doch an sich unumgänglich nöthig wäre.

Wir werden also fast immer zu mechanischen Methoden greifen müssen, wenn wir nicht überhaupt gezwungen wären, auf jede Behandlung zu verzichten und das müssen wir, wenn die Behandlung gefährlicher wäre, als das Leiden.

Gefahr mechanischer Behandlung.

Wir haben schon oben von verschiedenen Unfällen gehört, welche die mechanische Behandlung im Gefolge haben kann und welche besonders von den Gegnern derselben herangezogen werden. Man hat Peritonitis, Parametritis und Colpitis gesehen, Durchbohrungen des Vaginalgewölbes, des Uterus mit der Sonde berichtet etc.

Unleugbar kann die mechanische Behandlung solche Folgen herbeiführen, indess die Gefahr gestaltet sich

unendlich verschieden, je nach der Art derselben und je nach der grösseren oder geringeren Auswahl, mit der man betreffs der Fälle und der Instrumente vorgeht.

Eine gemeinsame Gefahr haben die mechanischen Behandlungsmethoden allerdings — die der Infection; indess sind die Fälle doch im Ganzen selten.

Genau lässt sich ein procentisches Verhältniss deshalb nicht ermitteln, weil in den Berichten der Aerzte vielfach nur die eklatanten Heilungen verzeichnet werden; die Unglücksfälle werden oft genug nicht erwähnt.

Gewöhnlich hält man die Einbringung eines Kautschuckrings für wenig gefährlich und doch hat mir Dr. Hartwig von einem Falle erzählt, in dem eine 14tägige fieberhafte Genitalaffection gefolgt ist, ohne dass das Einbringen irgendwie schwierig oder schmerzhaft gewesen wäre, ohne dass ein entzündlicher Process vorher bestand oder der Uterus angelöthet war, kurz es blieb keine andere Erklärung als die Annahme einer Infection. Die Infection bleibt also bei principiell richtig und von geübten Händen ausgeführten mechanischen Manipulationen die Hauptgefahr, die natürlich nicht so gross ist, als bei geburtshülflichen Massnahmen am wunden Uterus, indess werden doch kleine Schleimhautschörfungen in unseren Fällen leicht vorkommen und die Atrien für Infectionsstoffe abgeben.

Es muss daher als Regel aufgestellt werden: Alles was mit dem Genitalkanal in Berührung kommt, muss gründlich desinficirt sein. Mit 2 bis 2½% Carbolsäure-

lösung, glaube ich, wird man auskommen und bei scrupulösester Reinlichkeit keine Infection zu Gesicht bekommen. Es ist nicht fraglich, dass die mechanischen Mittel auch mechanische Läsionen veranlassen können. Beispielsweise wird ein Hodge'scher Ring[12]), der 2 Jahre liegen bleibt, sehr natürlich das Scheidengewölbe perforiren können.

So haben alle Mittel, die am äusseren Körper ihren Stützpunkt besitzen, wie das Kiwisch'sche Pessarium und Klians Bügelsonde unwiderleglich Unheil angerichtet, da sie trotz aller Elasticität und trotz der Gelenke bei jeder Körperbewegung den Uterus emporstossen müssen. Mit Recht sind die extravaginal befestigten Mittel gänzlich verlassen worden.

Nicht das Gleiche gilt von den intravaginalen. Indess auch hier ist es klar, dass jene Instrumente vorzuziehen sind, die, ohne in den Uterus eingeführt zu werden, den gleichen Effect erreichen wie die, welche im Uterus liegen. Hierin kann man Spiegelberg beistimmen.

Wir haben schon erwähnt, dass es zunächst auf die Auswahl der Fälle ankommt, und hierin hat man vor Martin planlos verfahren und damit unendlich geschadet; es sind daher statistische Angaben aus früherer Zeit schon um deswillen werthlos. Martin erzielte mit dem einfachen Regulator bei Anteflexion 40 Heilungen, 20 Conceptionen, darunter 50 mal wesent-

---

[12]) Diseases peculiars to Women. Philadelphia 1860.

liche Besserung, 3 mal wurde das Instrument nicht vertragen. Mit dem federnden Regulator bei Retroflexionen 18 Geburten bei lange sterilen, 25 Heilungen von 54 Behandelten, 5 vertrugen das Instrument nicht.

Bei anderen blieb theilweise Retroversio, gegen die er excentrische Ringe verwandte; von erheblichem Schaden berichtet er nicht.

Wir sehen daraus, dass bei genügender Kritik der Fälle, manueller Fertigkeit und einigermassen entsprechend construirten Instrumenten die Gefahren sehr gering sind. Wir haben den Bedingungen, unter welchen die mechanische Behandlung nach Martin Platz greifen kann, kaum etwas hinzufügen.

Sie sind im wesentlichen: Der Uterus muss beweglich und es dürfen keine Complicationen vorhanden sein. Indess eine leichte Endometritis, ein kleines Fibroid in der Uteruswand werden in der unten anzugebenden Art wahrscheinlich die Behandlung ertragen — selbst eine Retroflexio uteri gradidi die mechanische extrauterine.

Wir werden unten die von Dr. Hartwig befolgte Behandlungsweise mittheilen, die er zu veröffentlichen mir gestattet hat und danach noch besser sehen, welche Fälle dieselbe vertragen. Jedenfalls wird sie bei den meisten Fällen, die vielleicht mit anderer Methode nicht mehr zu tractiren wären, anwendbar sein; doch müssen wir zunächst die gebräuchlichen Instrumente der neuesten Zeit besprechen.

Für die mechanische Behandlung haben wir uns bereits deutlich genug ausgesprochen. Die Gründe hierfür seien in Kürze nochmals wiederholt.

1) Die Unzugänglichkeit der medicinischen Mittel.

2) Die Geringfügigkeit der Gefahren bei den neuesten mechanischen Methoden seit Martin.

3) Die Erfolge der letzteren.

Instrumentelle Behandlungsweise.

Die Zahl der bis auf die neueste Zeit angegebenen Instrumente ist gross, doch lassen sich principiell, abgesehen von den durchaus verwerflichen, die ausser der Vagina befestigt sind, zwei Arten unterscheiden: intra- und extrauterine.

Leider ist es uns nicht vergönnt, die Instrumente durch Abbildung zu erläutern, indess sind sie grösstentheils recht bekannt, weshalb wir auch ohne jene zur Kritik übergehen können.

Die ersten vollkommenen Instrumente sind die Simpson-Martin'schen. Martin construirte einen einfachen und federnden Regulator, ersteren für Anteflexionen, letzteren für Retroflexionen. Seine grossen Resultate haben wir zwar kennen gelernt; dennoch haften beiden Instrumenten Uebelstände an; zunächst sind beide intrauterine Mittel, die bei der zu fürchtenden Reizbarkeit des Uterus allen rein vaginalen, die denselben Zweck erreichen, nachstehen müssen; dann ist die Einbringung des federnden Regulators wegen

seines grossen Volumens recht schwierig, während das Unterlegen einer Stützplatte unter den einfachen Regulator zuweilen den Nachtheil hat, dass der obere Stift, über die Stützplatte rutschend, sich quer legt und also seinen Zweck verfehlt. Solch ein Beispiel hat Dr. Hartwig in der Berlin. Klin. Wochenschrift 1874 S. 351 beschrieben. — Endlich kann während des Tragens beider Instrumente der Coitus kaum ausgeführt werden und ist Conception nur in seltenen Fällen zu erwarten.

Hewitt's Stern mit Trägern entspricht genau dem federnden Regulator in seinem Nachtheil.

Greenholg's Intrauterinpessaire ist zu weich und kann gar nicht fruchten, reizt aber doch durch seine Zähne. Ueberhaupt sind Stäbe, die im Uterus schon federn, weil sie viel zu heftig reizen, gänzlich zu verwerfen.

Carriel's Pessaire à air beseitigt durch den intrauterinen Stab die Flexion, doch nur bei sehr starker Luftfüllung die Version und hindert den Coitus. Dasselbe thut Beigel's Intrauterinpessarium; Winkel's Pessarium ist schwer einzubringen und hindert die Conception, ebenso thun das letztere die Pessarien von Meadows, Döhring und Hartwig. Die besten werden also noch die rein vaginalen bleiben, die ihren Zweck, die Beseitigung der Leiden, nach der Ansicht mancher Aerzte ebenso gut erreichen, wie die vorhergehenden.

Hier ist aber leider für Anteflexio nur eines geboten,

dessen Resultate so gut wie unbekannt sind: Hewitt's Wiegenpessarin. Derselbe berichtet von 184 Anteflexionen seiner Praxis, die er grossentheils mit seinem Wiegenpessarin behandelt hat, giebt aber keine Resultate an. Dies ist höchst zu beklagen und macht den Werth des Wiegenpessarins äusserst zweifelhaft; etwas Erleichterung möchte es jedenfalls bringen und vielleicht auch zuweilen Heilung — indess kann es den Uterus lange nicht so stützen, wie sich Hewitt es vorstellt, denn es müsste gewaltig gross sein, um mit seinem Bogen so stark ins vordere Vaginalgewölbe zu pressen, dass der Fundus uteri nur einigermassen gehoben würde, dann könnte es zu leicht unerträglich werden und selbst den cul de sac zur Ulceration bringen. Es ist sehr bedauerlich, dass man nirgends genaue Berichte über die Wirksamkeit dieses Instrumentes findet.

Sims, der es anwandte, spricht sich über Resultate nicht aus, Schröder verurtheilt es nur kurzweg. Jedenfalls werden wir es vorkommenden Falls zu Versuchen empfehlen müssen, da es den Coitus nicht hindert und Conception eintreten kann.

Ausser dem Wiegenpessarium bleiben für Anteflexio immer nur der glatte intrauterine Stab, Martin's einfacher Regulator, Veit's intrauteriner Stab, Amann's intrauterines Hebelpessarium.

Ein solches Instrument muss 1) um 1 Cm. kürzer sein als der Uterus; 2) ganz glatt und am besten wohl mit Kugel unter dem Orificium externum.

Die Einführung ist leicht nach Schröder's Art.

Sofort, wenn der Stab eingeführt ist, verwandelt er die Flexion in die entsprechende Version, und die Erscheinungen, die die Flexion machte, können mit einem Schlage verschwunden sein: indessen zuweilen treten gewisse Uebelstände ein:

Das Stäbchen kann herausfallen und dies geschieht, wenn die Vagina schlaff ist; man hat desshalb mit Erfolg versucht, den Knopf durch täglich frisch eingelegte glycerinisirte Wattentampons festzuhalten (Schröder, Amann) — die Art ist sanft und unschädlich — weil desinficirend, und weil die Beweglichkeit des Uterus, ohne dass er Stütze erhält, erhalten bleibt, aber höchst umständlich, weil sie während der Periode nicht fortgeführt werden kann. In solchen Fällen müssen Pessaires à air oder hohle Kugeln benutzt werden; die Kugel muss so gross sein, dass sie an der hinteren Vaginalwand eine Stütze findet.

Sollte der Uterus doch zu sehr nach vorn fallen, und Beschwerden machen, dann könnte offenbar durch eine etwas schwere (mit Blei gefüllte) Kugel dem Fundus ein Gegengewicht geboten oder eine grössere Scheibe statt der Kugel verwendet werden; diese würde sich aber gegen das hintere Vaginalgewölbe stützen und so die Portio in sanfter Weise nieder, dadurch den Fundus hoch heben.

Die Einführung würde sich aber offenbar schwierig machen, müsste daher mit besonderer Aufmerksamkeit

und Vorsicht geschehen; die Grösse der Scheibe wäre ebenso genau abzuwägen.

Beide Vorschläge, die ich hier mache, sind offenbar a priori richtig, haben aber eben ihre theoretischen Bedenken — denn auch die schwere Kugel in den fraglichen Fällen könnte vielleicht bei heftigen Körperbewegungen, die allerdings den Trägerinnen von Pessarien stets verboten werden müssen, dem Uterus schädliche Stösse ertheilen, dürften aber doch werth sein, practisch erprobt zu werden.

Für die Retroflexionen sind wir besser daran. Zunächst haben wir Instrumente, die nur von der Scheide aus wirken, und in der That mit Erfolg wirken. Dahin gehören: Der excentrische Ring, das Hodge'sche Pessarium und die beiden neuesten Pessarien von B. S. Schultze l. c. Dieser spricht zuerst mit voller Klarheit aus, auf welche Weise diese Pessarien überhaupt wirken können. Sie heben nicht den retroflectirten Fundus, wie man stets glaubt, sondern, indem sie die Portio nach hinten oben ziehen, muss der Fundus nach vorn fallen, und in normale Anteversio zu liegen kommen, in der er durch den inneren Abdominaldruck erhalten wird.

Nur in einem Falle, der aber nur höchst ausnahmsweise vorkommen dürfte, wenn der Uterus knorpelartig steif wäre, könnte der Fundus bei der nun hergestellten Anteversio doch flectirt bleiben. In diesem Falle müsste nach Schultze ein einfacher

Stift mit Knopf in den Uterus eingeschoben werden, um denselben gerade zu erhalten, der bei Anwendung seines Pessars nicht herausfallen könnte, weil er sich auf die hintere Scheidenwand stützen würde. Einen solchen Fall will Schroeder gesehen haben.

Von den 3 erwähnten Pessarien sind unstreitig die Schultze'schen die besten. Der excentrische Ring hat den Fehler, dass er sich nur zu leicht herumschiebt und dadurch seinen Zweck ganz verfehlt.

Dasselbe thut der Hodge'sche Ring, wenn er nicht relativ sehr gross ist. Ist er es aber, dann presst er den Uterus und die Vagina mit grosser Gewalt (meist auf die Knickungstelle des Uterus), und wird leicht unerträglich und veranlasst bei längerem Liegen Ulceration des Gewölbes.

Zufällige practische Erfahrungen im Verein mit demselben Grundgedanken, wie bei Schultze, haben Dr. Hartwig ziemlich zur selben Zeit, da er mit dem l. c. erwähnten Instrumente doch nicht zufrieden war, zu einem höchst einfachen Modus procedendi geführt, den er mir hier zu veröffentlichen gestattet, trotzdem er seine Erfahrungen noch lange nicht für abgeschlossen hält.

Die wenigen Fälle, welche er unter die Hände bekam, zeigten aber so trefflichen Erfolg, dass ich ihn auch in vielen anderen Fällen für möglich halte. Er legt bei Retroflexion einfache ungeschwefelte Mayer'sche Cautschuk-Ringe ein — natürlich wohl desinficirt —

die Hauptsache dabei ist nur die, dass der Ring grösser genommen wird, als für gewöhnliche Fälle. Dadurch stellt er sich schief, wird oval, und zwar so, dass ein Bogen im hinteren Scheidegewölbe, der andere dicht über dem Blasenhalse liegt, dadurch zieht der Ring das Scheidengewölbe hoch und mit ihm die Portio nach rückwärts, der Fundus fällt somit nach vorn und die normale Anteversio ist hergestellt.

Zu stark darf er nicht spannen, sonst wird er unangenehm, das ist aber auch nicht nöthig — in der Regel erfüllt er schon bei sehr mässiger Spannung seinen Zweck und erzeugt durchaus keine Blasenbeschwerden, wie man a priori denken müsste.

Es ist aber sehr wichtig, dass der Uterus vorher in Sims'scher Seitenlage rectificirt wird oder selbst in Knieelbogenlage; dann genügt nämlich schon eine sehr geringfügige Spannung des Vaginalgewölbes, um die normale Lage permanent zu machen, weil der innere Abdominaldruck mithilft. Würde in solchem Falle die Flexion dennoch wie bei Schultze's Pessarien in Schroeder's Fall verbleiben, dann müsste noch ein Stift mit Knopf in den Uterus eingeschoben werden, der dann nicht herausfallen könnte, weil die Portio an der hinteren Vaginalwand anliegt.

Dr. Hartwig bemerkte mir, dass die gebräuchlichen Ringe für ihre betreffenden Durchmesser zu diesem Zwecke stets um ein ganz Geringes zu dick wären,

wodurch die quere Spannung der Vagina etwas stärker als wünschenswerth wird.

Die Art des Einlegens ist sehr einfach.

In Sims' Seitenlage wird der Ring mit Glycerin beschmiert, comprimirt und in der Axe der Vulva bis ein Geringes über die Hälfte geführt und dann quer gedreht. Mit der linken Hand hält man ihn zurück, dass er nicht herausrutsche, geht dann mit dem Zeigefinger der rechten Hand, während man hinter der Patientin steht, durch den Ring von seiner hinteren Seite her und drückt den oberen Bogen desselben hinter die Portio empor.

Das Einlegen ist vollkommen schmerzlos, wenn der Ring die entsprechende Grösse hat. Die Auswahl der Grösse ist die Hauptsache, wird aber nach einiger Uebung so leicht, dass man sie fast immer von vornherein richtig trifft. Veranlasst der Ring etwaige, wenn auch geringfügige Beschwerden, dann ist er zu gross.

Er muss stets sofortige angenehme Erleichterung bringen.

Belegfälle für den Werth mechanischer Behandlung.

I. Fall.

Ein analoger Fall ist bei Martin, zwei sind bei Schroeder citirt.

Zweimalige Rectification mit dem Finger genügte.

Frau B. N., eine kräftige, ein wenig corpulente Frau, will stets gesund gewesen sein und gebar den

1. 3. 1874 leicht das 10. Kind, während der Schwangerschaft war mässiger Hängebauch und Fluor vorhanden. Nach der Expression der Placenta soll 3 Stunden lang starke Blutung dagewesen sein, weshalb die Hebamme Citronensäure gab und einen Sandsack auf den Leib legte. Der blutige Ausfluss dauerte dann 6 Tage bei starken, ja äusserst heftigen Nachwehen. Sie stand am 14. Tage des Wochenbetts auf und empfand alsdann zeitweiligen Kopfschmerz und Urindrang und hatte das Gefühl, als ob ihr etwas herausfallen wollte. Den 23. 3. erster Coitus. Den 24. 3. gingen unter Kreuz- und Leibschmerz einige Blutklumpen ab.

Auf Verbrauch des Saftes zweier Citronen stand die Blutung; doch liess Patientin Dr. Hartwig holen, weil das linke Bein seit dem Aufstehen ödematös war. Er fand bimanuell ein Retroflexio.

Fundus ist schwer und noch übernormal gross, Orificium gezackt, Lippen wulstig, mässig hart.

Mit Zeige- und Mittelfinger hob er den Fundus uteri und erzeugte so in Sims' Seitenlage eine mässige Anteversio, die sich dann auch im Stehen und in der Rückenlage erhielt. Sofort verschwanden alle abnormen Sensationen. 4 mal täglich die Scheide mit kaltem Wasser auszuspritzen; Rückenlage und Coitus verboten.

27. 3. Die Blutung hat sich heute wiederholt. Patientin hatte gegen die Anweisung das Kind viel getragen und zwei Flaschen Bier getrunken, der Befund ist derselbe wie am 24. 3., sie blutet noch. Abermalige Reposition; Ergotin 0,48, Tinct. Cinnamoni 20, M D S ¼ stündlich 1 Theelöffel.

28. 3. Der Befund normal, der Appetit gestiegen, die Milch ist reichlicher, das Oedema ist verschwunden, allgemeines Wohlbefinden. Etwas Fluor ist geblieben; am 5. 6. 1874 war die Flexion nicht wiedergekehrt.

Hat in diesem Falle die manuelle Reposition das ihre gethan, so war allem Anscheine nach das Ergotin auch nicht wirkungslos. Eine entsprechende Mitanwendung innerer Mittel ist durch die mechanische Behandlung nicht ausgeschlossen.

Warum nur ein Bein ödematös war, wird schwer zu erklären sein, da von Latroflexio nichts erwähnt ist, indess müssen wir vielleicht doch annehmen, dass dennoch der Fundus nur Venen einer Seite gedrückt hat.

II. Fall.

Frau C. — 27 J., 3 Jahre verheirathet, steril — sonst gesund. Häufig Kreuz- und linkseitige Kopfschmerzen, die vor der Periode häufig heftig exacerbiren und während derselben fortdauern. Periode 5—8 Jahre dauernd, alle 3—3½ Woche wiederkehrend; zuweilen gehen ganze Stücke Blut ab.

Hatte schon 1 Monat Dr. Hartwig's einbogiges Pessarin getragen und sich wesentlich erleichtert gefühlt. Reichlicher Fluor, der vorher nicht bestanden hatte, war dadurch veranlasst worden.

Um Conception zu ermöglichen, wurde kurz nach Ende der letzten Regel am 1. Juni 1874 der Ring eingelegt, der die Retroflexio, die sich nach dem Herausnehmen des ersten Pessars (sie bestand wenigstens 3 Jahre) noch wiederherstellte, beseitigt; sie kam nicht wieder, trotzdem ein etwas übelriechender Fluor verblieb, bis 5. September 1874 ein Abortus in Folge eines Fusstrittes, den sie bei einer häuslichen Scene auf den Leib erhielt, eintrat.

Offenbar wäre bei der sonst gesunden Frau die Schwangerschaft ohne diesen Zwischenfall zum natürlichen Ende gekommen.

THESEN.

1. Die Unterbindung der Carotis als Prophylacticum gegen Schlaganfall ist ein mögliches, aber doch bedenkliches Mittel.
2. Die subcutane Injection von Ergotin bei Varicen der Beine hat der Verband von Ravoth überflüssig gemacht.
3. Die erste Impfung bei Kindern muss gelingen; ein Fehlschlagen derselben liegt nur an schlechter Lymphe oder schlechter Ausführung.

Verfasser, Kensai Ikeda, geboren am 10. October 1848 in Tokio, der Hauptstadt von Japan, genoss seine Schulbildung in derselben Stadt; später besuchte er die medicinische Schule in Nagasaki in Japan, wo er unter der Leitung holländischer Aerzte studirte. Im October 1871 bezog er die Friedrich-Wilhelms-Universität in Berlin, wo er seine Studien fortsetzte, am 30. Juli 1873 das Tentamen physicum, am 20. Juli 1875 das Examen rigorosum bestand und die Vorlesungen resp. Kliniken der Herren: Bardeleben, du Bois-Reymond, Bose, Braun, Dove, Fasbender, Fräntzel, Frerichs, Hartmann, Helmholtz, Henoch, Hirsch, Hofmann, von Langenbeck, Lewin, Liebreich, Martin, Mayer, Reichert, Schweigger, Traube, Virchow besuchte. Allen meinen verehrten Lehrern meinen herzlichsten Dank!